



Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet, prosessit ja toimenpiteet kunnissa sekä alueilla

PÄÄLÖYDÖKSET

- Kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyössä on kehitettävää erityisesti päätösten vaikutusten ennakoarvioinnissa.
- Maakuntien välillä oli eroja hyvinvointijohtamisen rakenteissa ja toimintamalleissa, kuten hyte-työryhmän asiantuntijuudessa.
- Sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamistapa oli yhteydessä kuntien hyvinvointijohtamiseen.
- Itsenäisesti sosiaali- ja terveyspalvelut järjestävissä kunnissa sekä vastuukunnissa oli yleisemmin mm. määritelty mittarit hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen seurantaan.

Johdanto

Kunnat vastaavat väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä. Kuntien on käytännössä järjestettävä sosiaali- ja terveyspalvelut sekä huolehdyttävä terveyden ja hyvinvoinnin edellytysten huomioimisesta kaikkien hallinnonalojen toiminnassa. Näistä tehtävistä on säädetty vuonna 2011 voimaan tullessa terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Myös kuntalaki (410/2015) velvoittaa kuntia edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja terveyttä. Kuntalain perusteella kunta voi hoitaa lakisääteisiä tehtäviä itse tai sopia järjestämisvastuun siirtämisestä kuntayhtymälle tai toiselle kunnalle.

Tässä julkaisussa tarkastellaan ensin kuntien hyvinvointijohtamisen rakenteita ja toimintamalleja sekä alueellisia eroja. Kuviossa 1 esitetään ainoastaan ne indikaattorit, joita on tarkasteltu tässä julkaisussa. Toiseksi näkökulmaksi on otettu hyvinvointijohtamisen rakenteiden ja prosessien kytkeytyminen sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistapoihin. Soveltuvien osien tarkastellaan myös muutoksia aiempiin vuosiin. Raportointi perustuu keväällä 2019 kuntien johdolta kerättyihin tietoihin.



Kuvio 1. Kuntien hyvinvointijohtamisen rakenteet ja prosessit (mukaillen THL 2010).

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnan strategisen ja operatiivisen johtamisen asiakirjoissa

Hyvinvointikertomus on työkalu hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnitteluun, seurantaan, raportointiin ja arviointiin. Hyvinvointi- ja terveystavoitteet kirjataan hyvinvointikertomukseen ja niiden pohjalta suunnitellaan toimenpiteet. Onnistuneen toimeenpanon edellytyksenä on, että hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen näkyy kuntien strategisissa asiakirjoissa, kuten toiminta- ja taloussuunnitelmassa sekä tarkastuslautakunnan arviointikertomuksessa. Hyvinvointikertomusta käytetään esimerkiksi toiminta- ja taloussuunnitelman liiteasiakirjana, josta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteet ja toimenpiteet johdetaan talousarvioon.

Niina Pekkanen
niina.pekkannen@thl.fi

Vesa Saaristo
vesa.saaristo@thl.fi

Timo Ståhl
timo.stahl@thl.fi

Näin tutkimus tehtiin:

THL kerää joka toinen vuosi kuntien johdolta tietoa terveydenedistämisen aktiivisuudesta.

Tavoitteena on seurata ja arvioida kuntien terveydenedistämistyötä ja siinä tapahtuvia muutoksia.

Tiedonkeruu toteutettiin keväällä 2019 kunnanjohtajille osoitetulla sähköisellä lomakkeella. Tiedonkeruuseen vastasi 273 kuntaa (93 %). (Hakamäki ym. 2019)

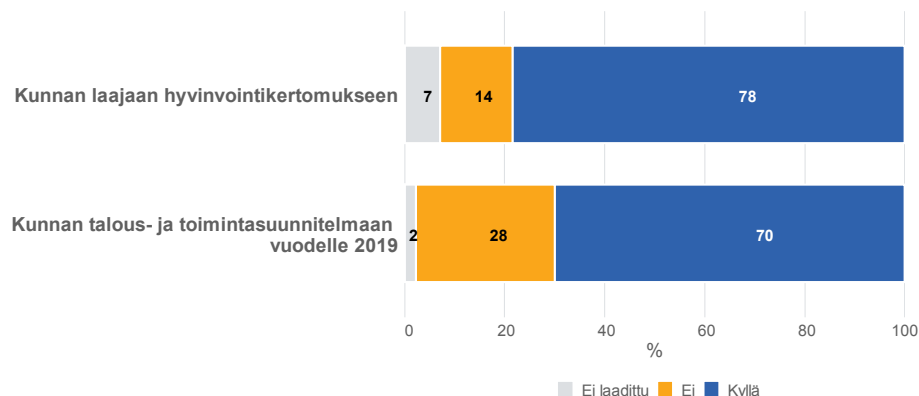
Maakunnista kattavuus oli korkein (100 %) Etelä-Karjalassa, Kainuussa, Kymenlaaksossa, Pohjanmaalla, Pohjois-Savossa ja Päijät-Hämeessä. Alhaisin (82 %) kattavuus oli Etelä-Pohjanmaalla.

Itsenäisesti sosiaali- ja terveyspalvelut järjestävistä kunnista tietonsa toimitti 93 %, sosiaali- ja terveyspalveluiden kuntayhtymien jäsenkunnista 91 %, vastuukunnista 100 % ja järjestämisvastuun siirtäneistä kunnista 92 %.

Kunta- ja aluetason tulokset ovat saatavilla TEAviisari-verkkopalvelussa (teaviisari.fi).

Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen hyvinvointikertomuksessa sekä toiminta- ja taloussuunnitelmassa

Toimenpiteitä hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi oli 78 prosenttia kunnista kirjannut laajaan hyvinvointikertomukseen ja 70 prosenttia vuoden 2019 toiminta- ja taloussuunnitelmaan (kuviot 2). Maakuntien välillä oli eroja toimenpiteiden kirjaamisessa hyvinvointikertomukseen (29–100 %) sekä toiminta- ja taloussuunnitelmaan (44–89 %). Pirkanmaan ja Päijät-Hämeen kunnista kaikki olivat kirjanneet toimenpiteitä laajaan hyvinvointikertomukseen. Vastaavasti Kymenlaaksossa vain 29 prosenttia kunnista oli kirjannut toimenpiteitä hyvinvointikertomukseen.



Kuvio 2. Toimenpiteiden kirjaaminen hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi kunnissa vuonna 2019.

Toimenpiteet hyvinvointikertomuksen tavoitteiden toteuttamiseksi toiminta- ja taloussuunnitelmassa

Kunnista kolme neljästä (74 %) oli määritellyt toiminta- ja taloussuunnitelmassa toimenpiteitä laajaan hyvinvointikertomukseen kirjattujen tavoitteiden toteuttamiseksi. Maakuntien välillä oli suurta vaihtelua (30–100 %). Pohjois-Karjalan kunnista kaikki olivat määritelleet toimenpiteitä hyvinvointikertomuksen tavoitteiden toteuttamiseksi, Kanta-Hämeen kunnista vajaa kolmannes (30 %). (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet, prosessit ja toimenpiteet (%) koko maassa ja maakunnissa

Hyvinvointijohtamisen rakenteet ja toimintamallit	Koko maa	Maakunnat
Toimenpiteet terveyserojen kaventamiseksi hyvinvointikertomuksessa	78	29–100
Toimenpiteet hyvinvointikertomuksen tavoitteiden toteuttamiseksi toiminta- ja taloussuunnitelmassa	74	30–100
Mittarit toiminta- ja taloussuunnitelmassa	71	40–95
Tavoitteiden toteutumisen arviointi tarkastuslautakunnan arviointikertomuksessa	40	14–69
Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmä	97	80–100
Hyvinvointikoordinaattori	83	47–100
Ehkäisevästä päihdetyöstä vastaava toimielin	78	42–100
Tehty päätös ennakkoarvioinnin käytöstä kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten valmistelussa	28	8–56
Terveyserojen käsittely kunnan johtoryhmässä	66	21–100
Toimenpiteet osallisuuden edistämiseksi	54	43–88

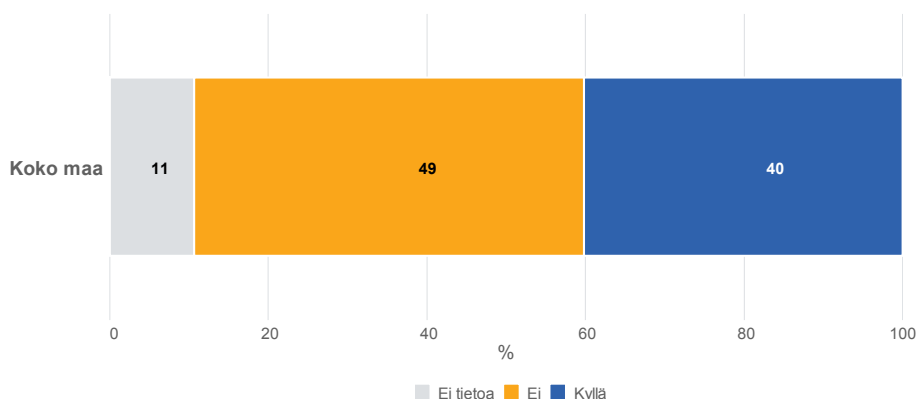
Lähde: TEAviisari.fi

Mittarit tavoitteiden toteutumisen arvioimiseksi toiminta- ja taloussuunnitelmassa

Kunnista 71 prosenttia oli määritellyt vuoden 2019 toiminta- ja taloussuunnitelmassa omat tai kansallisia tietolähteistä saatavat mittarit, joilla seurataan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteiden toteutumista. Omia mittareita käytti suunnilleen kaksi kolmasosaa (62 %) kunnista ja kansallisia mittareita hieman yli puolet (54 %). Maakunnissa mittareiden käyttö vaihteli (40–95 %). Pirkanmaan kunnista lähes kaikki (95 %) käyttivät omia tai kansallisia mittareita ja vastaavasti Pohjanmaan kunnista 40 prosenttia. (Taulukko 1.)

Tavoitteiden toteutumisen arviointi tarkastuslautakunnan arviointikertomuksessa

Kunnista 40 prosenttia ilmoitti, että hyvinvointi- ja terveystavoitteiden toteutumista oli arvioitu tarkastuslautakunnan arviointikertomuksessa tämän valtuustokauden aikana (kuvio 3). Maakunnittain tarkasteltuna erot olivat suuret (14–69 %). Hyvinvointi- ja terveystavoitteiden toteutumista oli arvioitu useimmin Pohjois-Pohjanmaalla (69 %). Eniten kehitettävää oli Keski-Pohjanmaalla, jonka kunnista 14 prosentin arviointikertomuksessa oli arvioitu tavoitteiden toteutumista. (Taulukko 1.)



Kuvio 3. Hyvinvointi- ja terveystavoitteiden toteutumisen arviointi tarkastuslautakunnan arviointikertomuksissa valtuustokauden 2017–2021 aikana.

Kuntien hyvinvointijohtamisen rakenteet ja prosessit

Hyvinvointijohtamisen rakenteita ja prosesseja on kehitetty useissa valtakunnallisissa hankkeissa 2000-luvulla. Kunnissa hyvinvointijohtamisen perustana on asukkaiden hyvinvointia ja terveyttä koskevan tiedon tuottaminen, seuranta ja hyödyntäminen päätöksenteossa. Hyvinvointia ja terveyttä edistävät strategiset päätökset tekee kunnanvaltuusto. Kunnan johtoryhmä sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen (hyte) työryhmä vastaavat käytännön toteutuksesta. Hyvinvointikoordinaattori toimii eri toimialojen sekä alueiden yhteistyön edistäjänä.

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmä

Vuonna 2019 lähes kaikissa kunnissa (97 %) oli hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmä (hyte-työryhmä). Hieman yli puolessa (54 %) kunnista hyte-työryhmänä toimi eri hallinnonalojen tai yhteisöjen edustajista koostuva poikkihallinnollinen ryhmä. Toiseksi yleisin (34 %) hyte-työryhmä oli kunnan johtoryhmä tai laajennettu johtoryhmä. Kolmella prosentilla kunnista hyte-työryhmänä toimi alueellinen/seudullinen hyvinvointiryhmä ja kuudella prosentilla jokin muu ryhmä. Maakuntien välinen vaihtelu oli vähäistä (80–100 %): jokaisessa maakunnassa vähintään 80 prosentissa kunnista oli hyte-työryhmä. (Taulukko 1.)

Hyte-työryhmään kuului sosiaalitoimen edustaja 79 prosentissa kunnista ja terveystoimen edustaja 77 prosentissa kunnista. Hyte-työryhmän asiantuntijuudessa oli eroja maakuntien välillä. Sosiaali- ja terveystoimen edustajuus hyte-työryhmässä vaihteli maakunnissa 43–100 prosentin välillä.

Hyvinvointikoordinaattori

Kunnista 83 prosenttia oli nimennyt henkilön, joka vastaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyön koordinoinnista. Suurimmassa osassa (61 %) kunnista hyvinvointikoordinaattori toimi oman toimensa ohessa tai osa-aikaisesti. Kokopäiväinen hyvinvointikoordinaattori oli noin viidenneksessä (19 %) kunnista. Kolmessa prosentissa kunnista hyvinvointikoordinaattori oli useamman kunnan yhteinen. Hyvinvointikoordinaattorit eivät jakautuneet maakunnissa tasaisesti (47–100 %). Hyvinvointikoordinaattori löytyi kaikista kunnista Kymenlaaksossa, Päijät-Hämeessä ja Kainuussa. Vastaavasti Pohjanmaan kunnista alle puolessa (47 %) oli nimetty hyvinvointikoordinaattori. (Taulukko 1.)

Useimmiten (30 %) hyvinvointikoordinaattorin tehtävä sijoittui kunnissa keskushallintoon. Toiseksi yleisin sijoituspaikka oli sivistys-/opetustoimi (18 %). Hyvinvointikoordinaattori sijoittui sosiaali- ja terveystoimeen 14 prosentissa kunnista, mikä on selkeästi harvemmin kuin aiempina vuosina (37 % vuonna 2017 ja 60 % vuonna 2015). Maakunnissa hyvinvointikoordinaattorin sijoittuminen sosiaali- ja terveystoimeen vaihteli 0–30 prosentin välillä.

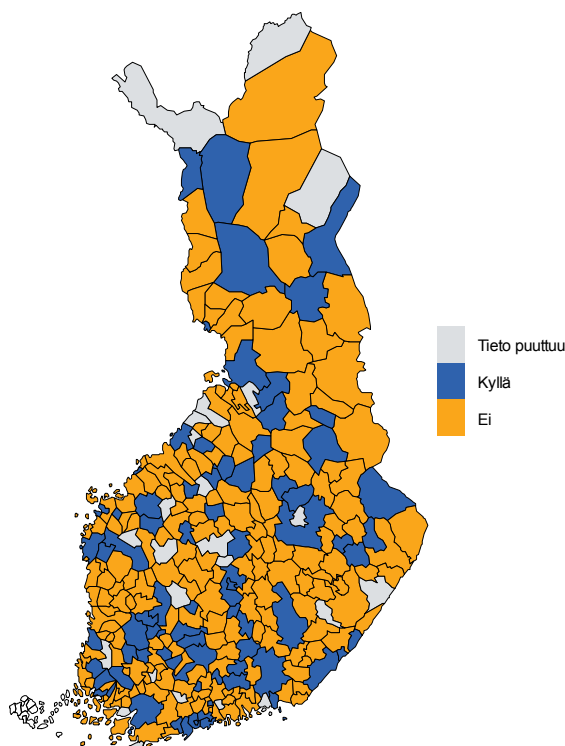
Ehkäisevästä päihdetyöstä vastaava toimielin

Suurimmassa osassa (78 %) kunnista oli nimetty ehkäisevästä päihdetyöstä vastaava toimielin. Maakuntatasolla oli selkeää vaihtelua (42–100 %). Ehkäisevästä päihdetyöstä vastaava toimielin oli nimetty Kainuussa ja Kanta-Hämeessä kaikissa kunnissa, kun vastaavasti Pohjois-Karjalan kunnista se oli nimetty 42 prosentissa. (Taulukko 1.)

Päätösten vaikutusten ennakoarviointi

Kunnista 28 prosenttia oli tehnyt päätöksen vaikutusten ennakoarvioinnin (EVA) käytöstä kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten valmistelussa (kuviot 4). Maakunnissa päätöksiä oli tehty vaihtelevasti (8–56 %). Päijät-Hämeen kunnista hieman yli puolet (56 %) oli tehnyt päätöksen vaikutusten ennakoarvioinnista, Etelä-Savon kunnista vain kahdeksan prosenttia. (Taulukko 1.)

Päätösten vaikutusten ennakoarvointimenetelmän käyttö oli yleisintä lautakuntapäätösten valmistelussa, jossa 37 prosenttia kunnista ilmoitti käyttävänsä menetelmää ainakin joillakin toimialoilla. Maakuntatasolla menetelmän käyttö lautakuntapäätösten yhteydessä vaihteli 21–67 prosentin välillä. Vuonna 2018 toteutetun Ennakoarvointikäytäntöjen uudistaminen ja toimeenpano-projektin myötä kuntien vaikutusten ennakoarvioinnissa on tapahtunut hienoista edistystä.



Kuvio 4. Päätös vaikutusten ennakoarviointimenetelmän käytöstä kunnissa vuonna 2019.

Hyvinvointi- ja terveystietojen käsittely ja raportointi

Kuntien johtoryhmissä oli hyvinvointi- ja terveystiedoista yleisimmin käsitelty vuonna 2018 kuntalaisten elinoloja (93 %), elinympäristön terveellisyttä (90 %), asukkaiden koettua osallisuutta (84 %) sekä elintapoja (80 %). Väestön terveydentilaa oli käsitelty johtoryhmissä 73 prosentissa, elämänhallintaan liittyviä tietoja 70 prosentissa ja väestöryhmien välisiä terveyseroja 66 prosentissa kunnista. Kaikkien tietojen käsittely vaihteli maakuntatasolla jonkin verran ja suurinta vaihtelu oli terveyseroja koskevien tietojen kohdalla (21–100 %). Pohjois-Karjalan kunnista kaikki olivat käsitelleet terveyseroja johtoryhmässä, kun taas Pohjanmaan kunnista niitä oli käsitellyt vain viidennes (21 %). (Taulukko 1.)

Kunnanvaltuustolle oli yleisimmin raportoitu vuonna 2018 elinoloja (79 %), elinympäristön terveellisyttä (74 %), väestön terveydentilaa (70 %) sekä elintapoja (69 %). Elämänhallintaan liittyviä tietoja oli raportoitu kunnanvaltuustolle 67 prosentissa, asukkaiden koettua osallisuutta 66 prosentissa ja väestöryhmien välisiä terveyseroja 63 prosentissa kunnista. Maakuntien välillä eniten eroja oli terveydentilan, elintapojen ja elämänhallinnan raportoinnissa (33–95 %).

Osallistumiskeinot ja osallisuuden edistäminen

Kunnissa on tapahtunut myönteistä kehitystä erilaisten osallistumiskeinojen tarjoamisessa kuntalaisille. Kunnista kolme neljästä (75 %) tarjosi kuntalaisille osallistumiskeinoksi palveluiden kehittämiseen ja suunnitteluun asiakasraateja tai foorumeja. Maakunnissa asiakasraatien järjestäminen vaihteli (33–100 %). Pohjois-Karjalassa ja Päijät-Hämeessä asiakasraateja tarjottiin kaikissa kunnissa ja vastaavasti Pohjanmaalla joka kolmannessa kunnassa (33 %).

Kunnista 61 prosenttia oli määritellyt vuoden 2019 toiminta- ja taloussuunnitelmassa kuntalaisten osallisuuden edistämisen tavoitteet ja 54 prosenttia toimenpiteet. Maakuntien välillä oli eroja (43–88 %). Yleisimmin osallisuuden edistämisen tavoitteet ja toimenpiteet oli määritelty Kainuun kunnissa (88 %). Eniten kehitettävää taas oli Keski-Pohjanmaalla, Keski-Suomessa ja Kymenlaaksossa (43 %). (Taulukko 1.)

Sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämistavat:

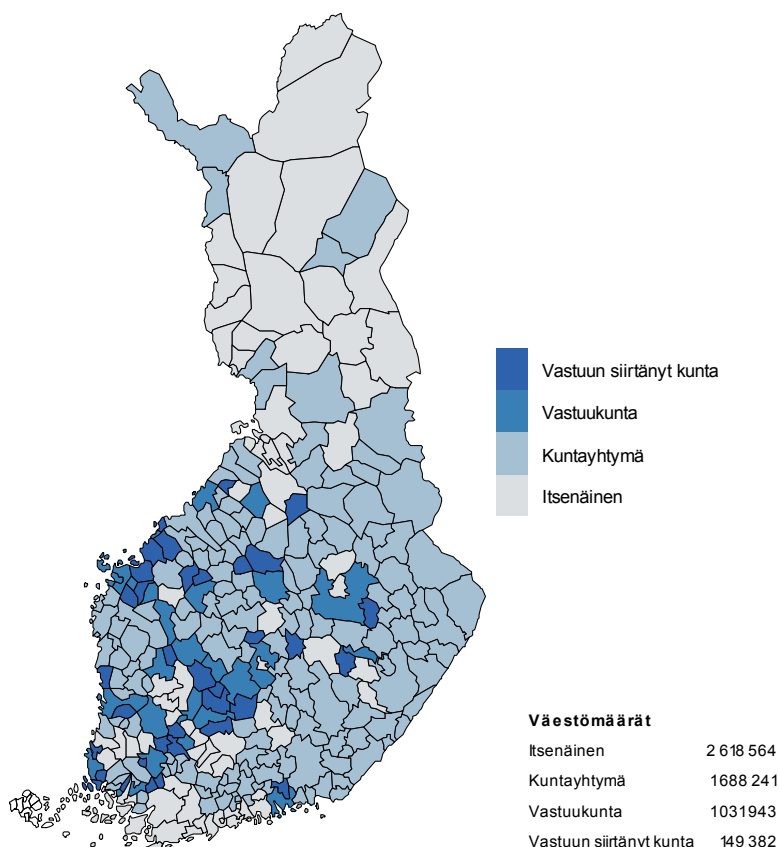
- Kunta järjestää palvelut itse
- Kuntayhtymä on perussopimuksella perustettu kuntien yhteenliittymä, jolle kunnat voivat luovuttaa esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen liittyviä tehtäviä.
- Vastuukuntamallissa vastuukunta eli isäntäkunta hoitaa tehtäviä muiden kuntien puolesta. Kunnat voivat sopia perusterveyden- ja sosiaalihuollon järjestämisvastuun siirtämisestä vastuukunnalle.
- Kuntayhtymässä sekä vastuukuntamallissa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tulisi tapahtua yhteistyössä kunnan eri toimialojen ja yhteistoiminta-alueen sosiaali- ja terveyshuollon asiantuntijoiden kanssa.

Vuonna 2019 Manner-Suomen kunnista (295) itsenäisesti palvelut järjestäviä kuntia oli 74, kuntayhtymän jäsenkuntia 159, vastuukuntia 26 ja vastuun siirtäneitä kuntia 36 (kuvio 5). Väestöstä 48 prosenttia asui itsenäisesti sosiaali- ja terveystalvelut järjestävissä kunnissa ja 52 prosenttia yhteistoiminta-alueilla.

Vaikuttaako sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistapa kuntien hyvinvointijohtamisen rakenteisiin ja toimintamalleihin?

Kunta voi järjestää sosiaali- ja terveystalveluiden perusterveydenhuollon itsenäisesti tai yhteistoiminta-alueen, kuten kuntayhtymän tai vastuukuntamallin, kautta (kuvio 5).

Kuntajohdon vuoden 2019 tiedonkeruuseen vastanneista kunnista (273) itsenäisesti sosiaali- ja terveystalvelut järjestäviä kuntia oli 69, sosiaali- ja terveystalveluiden kuntayhtymien jäsenkuntia 145, vastuukuntia 26 ja vastuun siirtäneitä kuntia 33.



Kuvio 5. Kuntien sosiaali- ja terveystalveluiden järjestämistavat vuonna 2019.

Itsenäisesti sosiaali- ja terveystalvelut järjestävät kunnat aktiivisimpia hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen toimenpiteiden kirjaamisessa

Itsenäisesti sosiaali- ja terveystalvelut järjestävistä kunnista 83 prosenttia oli määritellyt toiminta- ja taloussuunnitelmassa toimenpiteet laajan hyvinvointikertomuksen tavoitteiden toteuttamiseksi. Kuntayhtymän jäsenkunnista näin oli tehnyt 72 prosenttia ja vastuun siirtäneistä kunnista 70 prosenttia. Vastuukunnista puolestaan 69 prosenttia oli määritellyt toimenpiteet.

Itsenäisesti palvelut järjestävät kunnat olivat yleisimmin (88 %) kirjanneet toimenpiteitä laajaan hyvinvointikertomukseen hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseksi (taulukko 2).

Taulukko 2. Hyvinvointijohtamisen toteutuminen (%) kunnissa sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämistavan mukaan

Hyvinvointijohtamisen rakenteet ja prosessit	Itsenäinen	Vastuukunta	Kuntayhtymä	Vastuun siirtänyt kunta
Hyvinvointikoordinaattori	91	88	82	67
Sosiaalitoimen edustaja hyte-työryhmässä	94	100	70	72
Terveystoimen edustaja hyte-työryhmässä	94	100	66	72
Toimenpiteet terveyserojen kaventamiseksi hyvinvointikertomuksessa	88	77	73	84
Asiakasraadit/foorumit kuntalaisille	84	73	74	64
Mittarit toiminta- ja taloussuunnitelmassa	84	88	66	55
Tavoitteiden toteutumisen arviointi tarkastuslautakunnan arviointikertomuksessa	48	36	41	25
Päätös EVA:n käytöstä	35	35	26	15

Lähde: TEAvisari.fi

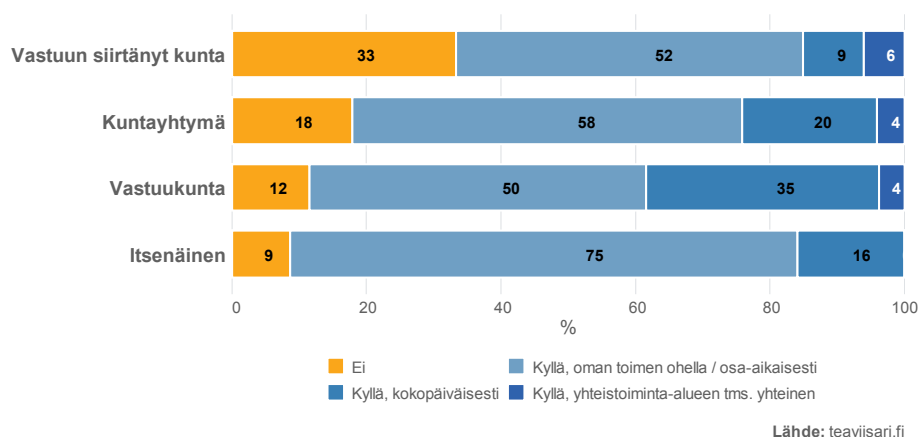
Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteiden toteutumisen mittaaminen ja arviointi vaihtelivat kunnissa

Itsenäisesti sosiaali- ja terveyspalvelut järjestävistä kunnista kolme neljästä oli kirjannut toiminta- ja taloussuunnitelmaan omat mittarit (75 %) ja kansalliset mittarit (74 %), joilla seurataan väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteiden toteutumista. Myös vastuukunnista noin kolme neljästä oli kirjannut omat mittarit (73 %) ja kansalliset mittarit (76 %). Kuntayhtymän jäsenkunnista omia mittareita käytti 58 prosenttia ja kansallisia mittareita 46 prosenttia. Vastaavasti vastuun siirtäneistä kunnista 45 prosenttia käytti omia mittareita ja 31 prosenttia kansallisia mittareita.

Lähes puolet (48 %) itsenäisesti palvelut järjestävistä kunnista ilmoitti, että tarkastuslautakunnan arviointikertomuksessa on tämän valtuustokauden aikana arvioitu hyvinvointi- ja terveystavoitteiden toteutumista. Kuntayhtymän jäsenkunnista tavoitteita oli arvioitu 41 prosentissa ja vastuukunnista 36 prosentissa. Vastuun siirtäneistä kunnista taas joka neljännän (25 %) arviointikertomuksessa oli arvioitu hyvinvointi- ja terveystavoitteiden toteutumista. (Taulukko 2.)

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmä ja hyvinvointikoordinaattori puuttui useimmin vastuun siirtäneistä kunnista

Kaikissa vastuukunnissa ja lähes kaikissa (99 %) itsenäisesti sosiaali- ja terveyspalvelut järjestävissä kunnista toimi hyte-työryhmä. Kuntayhtymien jäsenkunnista 97 prosentilla oli hyte-työryhmä ja vastuun siirtäneistä kunnista 91 prosentilla. Hyvinvointikoordinaattori oli yleisimmin (91 %) nimetty itsenäisesti sosiaali- ja terveyspalvelut järjestävissä kunnissa. Vastuukunnista 88 prosentissa oli hyvinvointikoordinaattori ja kuntayhtymän jäsenkunnista 82 prosentissa. Vastaavasti vastuun siirtäneistä kunnista hyvinvointikoordinaattoreita oli 67 prosentissa. (Taulukko 2.) Kokopäiväisesti hyvinvointikoordinaattorina toimivia henkilöitä oli eniten (35 %) vastuukunnissa ja vähiten (9 %) vastuun siirtäneissä kunnissa (kuvio 6).



Kuvio 6. Kuntien hyvinvointikoordinaattorit vuonna 2019.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijuus hyte-työryhmissä vähäisintä vastuun siirtäneistä ja kuntayhtymän kunnissa

Kaikissa vastuukunnissa hyte-työryhmään kuului sekä sosiaali- että terveystoimen edustaja. Näin oli myös lähes kaikissa (94 %) itsenäisesti sosiaali- ja terveystoimen järjestävissä kunnissa. Vastuun siirtäneistä kunnista 72 prosentissa oli sosiaali- ja terveystoimen edustajat hyte-työryhmässä. Vastaavasti kuntayhtymän jäsenkuntien hyte-työryhmistä 70 prosentissa oli sosiaalitoimen edustaja ja 66 prosentissa terveystoimen edustaja. (Taulukko 2.)

Hyvinvointikoordinaattori sijoittui sosiaali- ja terveystoimeen yleisimmin (35 %) vastuukunnissa. Itsenäisesti palvelut järjestävistä kunnista joka neljännessä (25 %) hyvinvointikoordinaattori oli sosiaali- ja terveystoimen alaisuudessa. Vastuun siirtäneissä kunnissa näin oli yhdeksässä prosentissa ja kuntayhtymän jäsenkunnissa kuudessa prosentissa.

Ehkäisevästä päihdetyöstä vastaava toimielin nimetty yleisimmin itsenäisesti palvelut järjestävissä kunnissa

Itsenäisesti sosiaali- ja terveystoimen palvelut järjestävistä kunnista 83 prosentissa ja vastuukunnista 81 prosentissa oli nimetty ehkäisevästä päihdetyöstä vastaava toimielin. Vastaavasti kuntayhtymän jäsenkunnista toimielin oli nimetty 78 prosentissa ja vastuun siirtäneissä kunnista 69 prosentissa.

Päätösten vaikutusten ennakoarvointi harvinaisinta vastuun siirtäneissä kunnissa

Itsenäisesti sosiaali- ja terveystoimen palvelut järjestävistä kunnista sekä vastuukunnista 35 prosenttia oli tehnyt päätöksen ennakoarvioinnin käytöstä kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten valmistelussa. Noin viidennes (26 %) kuntayhtymän jäsenkunnista oli tehnyt päätöksen ennakoarvointimenetelmän käytöstä. Vähiten (15 %) näitä päätöksiä oli tehty vastuun siirtäneissä kunnissa. (Taulukko 2.)

Ennakoarvointimenetelmää käytti lautakuntapäätösten valmistelussa suunnitelmallisesti ainakin joillakin toimialoilla 52 prosenttia vastuukunnista ja 47 prosenttia itsenäisesti palvelut järjestävistä kunnista. Vastaavasti kuntayhtymän jäsenkunnista 33 prosenttia ja vastuun siirtäneistä kunnista 23 prosenttia ilmoitti käyttävänsä ennakoarvointimenetelmää lautakuntapäätöksissä ainakin joillakin toimialoilla.

Hyvinvointi- ja terveystietojen käsittelyssä ja raportoinnissa eroja

Väestön hyvinvointi- ja terveystietojen käsittely johtoryhmässä sekä raportointi kunnanvaltuustolle vaihtelivat kunnissa sosiaali- ja terveystietojen järjestämistavan mukaan (taulukko 3). Eniten eroja oli väestöryhmien välisten terveyserojen, elintapojen ja terveydentilan käsittelyssä. Raportoinnissa vaihtelu oli suurinta elintapojen, terveyserojen ja asukkaiden koettun osallisuuden kohdalla.

Taulukko 3. Hyvinvointi- ja terveystietojen käsittely ja raportointi (%) sosiaali- ja terveystietojen järjestämistavan mukaan

Hyvinvointi- ja terveystietojen käsittely kunnan johtoryhmässä	Itsenäinen	Vastuukunta	Kuntayhtymä	Vastuun siirtänyt kunta
Väestöryhmien väliset terveyserot	72	69	68	44
Elintavat	83	81	81	72
Terveydentila	82	88	69	56
Hyvinvointi- ja terveystietojen raportointi kunnanvaltuustolle				
Elintavat	82	92	61	56
Väestöryhmien väliset terveyserot	78	85	55	47
Asukkaiden koettu osallisuus	87	69	57	60

Lähde: TEAviisari.fi

Osallistumiskeinot ja osallisuuden edistäminen yleisintä itsenäisesti palvelut järjestävissä kunnissa

Itsenäisesti sosiaali- ja terveystietojen järjestävissä kunnissa oli yleisimmin (84 %) hyödynnetty asiakasraateja tai foorumeja, joiden kautta kuntalaiset voivat osallistua palveluiden kehittämiseen ja suunnitteluun. Noin kolme neljästä kuntayhtymän jäsenkunnasta (74 %) ja vastuukunnasta (73 %) järjesti asiakasraateja tai foorumeja. Vastuun siirtäneistä kunnista näin teki 64 prosenttia.

Osallisuuden edistämisen tavoitteet oli toiminta- ja taloussuunnitelmassa määritellyt itsenäisesti palvelut järjestävistä kunnista 68 prosenttia ja vastuukunnista 62 prosenttia. Kuntayhtymän jäsenkunnista tavoitteet oli määritellyt 58 prosenttia ja vastuun siirtäneistä kunnista 56 prosenttia. Toimenpiteet osallisuuden edistämiseksi oli toiminta- ja taloussuunnitelmassa määritellyt vastuukunnista 64 prosenttia ja itsenäisesti palvelut järjestävistä kunnista 62 prosenttia. Vastaava luku oli kuntayhtymän jäsenkunnissa 52 prosenttia ja vastuun siirtäneissä kunnissa 44 prosenttia.

Yhteenveto ja johtopäätökset

Tutkimuksen perusteella voidaan nostaa kaksi päätulosta. Ensinnäkin, kuntien hyvinvointijohtamisen rakenteissa ja toimintamalleissa on alueellisia eroja. Toiseksi, sosiaali- ja terveystietojen järjestämistapa on yhteydessä kuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteisiin, prosesseihin ja toimenpiteisiin. Sosiaali- ja terveystietojen joko itsenäisesti tai vastuukuntana järjestävissä kunnissa myös kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen oli huomioitu keskimääräistä paremmin. Vastaava yhteys oli havaittavissa jo kuusi vuotta aiemmin (Heiliö ym. 2013).

Valtaosa kunnista ei ole tehnyt päätöstä ennakkoarviointimenetelmän käytöstä eikä käytä sitä suunnitelmallisesti päätöksenteossa. Tässä on kehitettävää kaikilla kunnilla. Ennakkoarviointimenetelmän suunnitelmallisessa käytössä ei ole tapahtunut merkittävää kehitystä vuoteen 2015 verrattuna. Pientä muutosta toivottuun suuntaan on havaittavissa.

Lähes jokaisessa kunnassa toimii hyte-työryhmä. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntemusta oli niiden kuntien ryhmissä, joissa sosiaali- ja terveystalvet järjestettiin itsenäisesti tai toimittiin vastuukuntana. Vuoteen 2015 verrattuna sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijuus on vähentynyt kuntien hyte-työryhmissä.

Hyvinvointi- ja terveystavoitteiden arviointi tarkastuslautakunnassa toteutuu alle puolessa kunnista. Hyvinvointi- ja terveystavoitteiden toteutumiseen käytettävien mittareiden käytössä on selkeitä eroja alueiden välillä. Mittareiden käyttö vaihtelee myös sosiaali- ja terveystalvetuiden järjestämistavan mukaan: yleisimmin mittarit on määritelty vastuukunnissa ja itsenäisesti talvet järjestävissä kunnissa.

Kunnilla on vastuu myös tulevaisuudessa väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä riippumatta siitä, miten sosiaali- ja terveystalvet on järjestetty. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyö edellyttää selkeitä rakenteita ja toimintamalleja niin kuntien sisällä kuin kuntien ja alueiden välillä yhteistyön varmistamiseksi. Jos sosiaali- ja terveystalvet tuotetaan alueella, keskeistä on varmistaa riittävä sosiaali- ja terveydenhuollon asiantuntijuus kuntien hyvinvointijohtamisessa.

Lähteet

Hakamäki P, Ikonen J, Saaristo V, Saukko N, Wiss K & Ståhl T. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kuntajohdossa – TEA 2019. THL. Tilastoraportti 38/2019.
<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019103136015>

Heiliö T, Saaristo V & Ståhl T. Sosiaali- ja terveystalvet alueilla – Mikä on terveyden edistämisen asema kunnissa? THL. Tutkimuksesta tiiviisti 8, lokakuu 2013.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-032-0>

Kuntalaki 410/2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150410>

Kuntaliitto. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäminen 2019.
<https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/sosiaali-ja-terveydenhuollon-jarjestaminen-2019>

TEAviisari. www.teaviisari.fi

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

THL. 2010. Johtaminen tukee hyvinvoivaa ja tervettä kuntaa: Tukiaineistoa kuntajohdolle. Kide 13. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085109>

Tämän julkaisun viite:

Pekkanen N, Saaristo V, Ståhl T (2020) Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet, prosessit ja toimenpiteet kunnissa sekä maakunnissa. Tutkimuksesta tiiviisti 5/2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.



Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

thl.fi | [@THLorg](https://twitter.com/THLorg)

ISBN 978-952-343-476-9 (verkko)

ISSN 2323-5179 (verkko)

[http://urn.fi/URN:ISBN: 978-952-343-476-9](http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-476-9)